



Medicína

PRO PRAXI

Suppl. A
2011

www.solen.cz

ISSN 1803-5876

ROČNÍK 8

Abstrakta

MEDICÍNA PRO PRAXI

IX. kongres praktických lékařů a sester

7.–8. dubna 2011, NH OLOMOUC CONGRESS

Užitečný hráč do týmu...



Fixní kombinace amlodipinu s atorvastatinem, na rozdíl od všech ostatních fixních kombinací na trhu, **účinně řeší 2 rizikové faktory současně** (hypertenzi a zároveň zvýšený LDL cholesterol).¹

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU.

CADUET 5 mg/10 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety.

Léčivá látka: Amlodipinum 5 mg nebo 10 mg; atorvastatinum 10 mg v jedné potahované tabletě. **Indikace:** Prevence kardiovaskulárních příhod u rizikových pacientů s hypertenzí a normální nebo zvýšenou hladinou cholesterolu bez přítomné ICHS, u nichž je vhodné podávání této kombinace v souladu se současnými doporučeními pro léčbu. **Dávkování a způsob podání:** Běžná počáteční dávka je 5 mg/10 mg jedenkrát denně, neužívat s ostatními blokátory kalciových kanálů nebo s jinými statiny. Přípravek se může užívat kdykoli v průběhu dne, s jídlem nebo bez jídla. **Kontraindikace:** Známa přecitlivělost na dihydropyridiny, amlodipin, atorvastatin nebo kteroukoliv složku přípravku, jaterní onemocnění v aktivním stavu, kombinace s itraconazolem, ketokonazolem, telithromycinem, v těhotenství a při kojení. Těžká hypotenze, šok (vč. kardiogenního), obstrukce výtoku levé komory, nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. **Zvláštní upozornění:** Jaterní testy by měly být provedeny před zahájením léčby a pravidelně kontrolovány v průběhu a po skončení léčby. **Interakce:** Induktory a inhibitory enzymu CYP3A4 (např. cyklosporin, erythromycin, klarithromycin, nefazodon), dantrolen, fibráty, niacin, baklofen, diltiazem, kys. fusidová. **Těhotenství a kojení:** Přípravek CADUET je kontraindikován. **Nežádoucí účinky:** Somnolence, závratě, bolesti hlavy, hypotenze, parestézie, palpitace, zrudnutí, bolesti břicha, nauzea, dyspepsie, průjem, zácpa, nadýmání, svědění, otok kloubů, artralgie, myalgie, svalové křeče, únava. **Předávkování:** Zatím neexistují žádné informace o předávkování přípravkem CADUET u lidí. **Uchovávání:** Při teplotě do 30°C. **Balení:** mj. 30 potahovaných tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, Praha 5, 150 00, Česká republika. **Registrační číslo:** CADUET 5 mg/10 mg: 83/616/05-C, CADUET 10 mg/10 mg: 83/617/05-C. **Datum poslední revize textu:** 25.8.2010. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.

REFERENCE: 1. SPC Caduet.

POŘADATEL

II. interní klinika FN u sv. Anny Brno,
Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc,
Solen, s.r.o.

PREZIDENT

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

ODBORNÝ GARANT

prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D.

PROGRAMOVÝ VÝBOR

doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc.,
prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.,
prof. MUDr. Petr Kaňovský, CSc.,
JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.,
prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,
doc. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.,
prof. MUDr. Eva Vlčková, CSc.

ORGANIZÁTOR

SOLEN, s.r.o.

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba:

Mgr. Herta Mihálová
tel.: 585 209 207
mob.: 777 622 039
e-mail: mihalova@solen.cz

programové zajištění:

Mgr. Michaela Majerová
tel.: 585 242 502
mob.: 777 557 426
e-mail: majerova@solen.cz

zajištění výstavních ploch:

Mgr. Kristina Šafářová
tel.: 585 204 334
mob.: 724 984 452
e-mail: safarova@solen.cz

Olomouc 7.–8. 4. 2011
NH OLOMOUC CONGRESS

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena
12 kredity pro lékaře, 20 body pro farmaceuty, 8 kredity pro sestry a farmaceutické asistenty.

Supplementum A Medicíny pro praxi

Registrace MK ČR pod číslem 15337

Citační zkratka: Med. praxi; 8(Suppl. A).

ISSN 1803-5876

Grafické zpracování a sazba: Jan Sedláček, www.sedlaczech.cz, tel.: +420 724 984 451

Časopis je excerpován do Bibliographia Medica Czechoslovaca
a je zařazen na Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR

ČTVRTEK 7. DUBNA

9.00–9.10 Zahájení

9.10–10.30 **KARDIOLOGIE – LÉČBA NEJBĚŽNĚJŠÍCH KARDIOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ POHLEDEM PRAKTICKÉHO LÉKAŘE / doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA**

- IP • **Hypertonik v ambulanci praktického lékaře** – J. Václavík
- **Léčba fibrilace síní pohledem praktického lékaře** – M. Táborský
- **Diagnostika a léčba srdečního selhání praktickým lékařem** – M. Lazárová

10.30–11.00 Přestávka

11.00–11.45 **Blok firemních sympozií**

Symposium – Pfizer

- **Umíme využívat léčebný potenciál kalciových blokátorů?** – I. Řiháček

Symposium – GSK

- **Alergická rýma v ordinaci praktického lékaře a její léčba intranazálním kortikosteroidem flutikazon furoátem** – J. Bystroň

Symposium – GSK

- **Technologie Optizorb – nový standard v léčbě bolesti paracetamolem**

11.45–13.05 **NEUROLOGIE / prof. MUDr. Petr Kaňovský, CSc.**

- **Neurologické prejavy diabetes mellitus** – E. Kurča
- **Kardiologické příčiny ischemického iktu** – D. Šaňák
- **Diferenciální diagnóza a léčba demence** – P. Ressner

13.05–15.05 Polední pauza

15.05–16.25 **PNEUMOLOGIE / prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.**

- **Tuberkulóza – nové aspekty staré nemoci** – V. Kolek
- **Léčba infekcí dolních dýchacích cest – doporučený postup pro praktické lékaře** – M. Žurková
- **Klinická doporučení diagnostiky a léčby komunitní pneumonie** – P. Jakubec

16.25–16.55 Přestávka

16.55–18.15 **AKTUÁLNÍ VÝVOJ V PROBLEMATICE OCHRANY OSOBNOSTI / JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.**

20.00 Společenský večer

PÁTEK 8. DUBNA

9.00–10.20 **PSYCHIATRIE – GERIATRIE / prof. MUDr. Ján Praško, CSc.**

- **Léčba deprese ve stáří** – K. Látalová
- **Deliria ve vyšším věku a jejich léčba** – B. Mainerová
- **Jak může praktický lékař ovlivnit závislost pacientů na benzodiazepinech** – J. Praško

10.20–10.50 Přestávka

10.50–12.30 **GYNEKOLOGIE / doc. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.**

- **Robotická chirurgie v gynekologii** – P. Dzvinčuk
- **Problematika stresové močové inkontinence u žen a její léčba** – R. Marek
- **Problematika neplodného páru v ordinaci praktického lékaře** – L. Michnová, T. Rumpíková, O. Košta, J. Dostál
- **Infekce dolních močových cest u žen – možnosti diferencovaného přístupu léčby a prevence** – J. Kladenský

12.30–14.00 Polední pauza

14.00–14.15 **Symposium – Ewopharma**

- **Ewofex: nové antihistaminikum v rukou PL** – P. Macháček
- **První pomoc při anafylaktické reakci** – P. Macháček

14.15–15.35 **OFTALMOLOGIE / prof. MUDr. Eva Vlková, CSc.**

- **Věkem podmíněná makulární degenerace** – P. Kolář
- **Suché oko** – Š. Pitrová
- **Diabetes a oko** – R. Švancarová

15.35–15.45 Losování kongresové ankety o ceny

15.45 Závěr kongresu

IP INTERAKTIVNÍ PŘEDNÁŠKA

J D E O K A Ž D O U M I N U T U

Aulin

nimesulid

**Originální nimesulid
s rychlým a silným účinkem proti bolesti**



Zkrácená informace o přípravku Aulin: **S:** Nimesulidum 100 mg v 1 tabletě. Nimesulidum 100 mg v 1 sáčku s granulátem pro přípravu perorálního roztoku. **IS:** Nesteroidní antirevmatikum. **I:** Léčba akutní bolesti, symptomatická léčba bolestivé osteoartrózy, primární dysmenorrhoea. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku, aktivní krvácení, poruchy krvácivosti nebo srážlivosti, aktivní vřed nebo recidivující ulcerace v GI, hepatotoxické reakce na podání nimesulidu v anamnéze, hepatální insuficience, těžké renální nebo srdeční selhání, pacienti s přecitlivělostí na jiná NSAID, děti mladší 12-ti let, třetí trimestr těhotenství a kojení. **ZU:** Zvýšený výskyt gastrointestinálního krvácení a perforací u starších pacientů. V případě známek poškození jater a pacientům, u nichž se zjistí abnormální výsledky vyšetření jaterních funkcí, by měla být léčba vysazena. V průběhu léčby se současně nesmějí podávat léky s hepatotoxickým účinkem a je též nutné vyhnout se konzumaci alkoholu. Doporučená maximální délka užívání je 15 dnů. Tablety obsahují laktosu, granule pro přípravu perorálního roztoku obsahují sacharosus. **NÚ:** Nausea, zvracení, průjem, zácpa, nadýmání, peptické vředy, perforace nebo gastrointestinální krvácení, gastritida; vzestup jaterních enzymů, hepatitida; hypertenze, edém; dyspnoe; pruritus, vyrážka, zvýšené pocení. Riziko výskytu nežádoucích účinků je možné snížit použitím přípravku po co nejkratší možnou dobu. **IT:** Pacienti užívající perorální antikoagulační nebo kyselinu acetylsalicylovou mohou mít zvýšené riziko krváčivých komplikací. Nimesulid inhibuje CYP2C9. **TL:** V průběhu prvního a druhého trimestru těhotenství nesmí být nimesulid podán, pokud to není zcela nezbytné, ve třetím trimestru a u kojících žen je kontraindikován. **D:** Dospělí a děti od 12 let 1 tabletu nebo 1 sáček 2x denně po jídle. **B:** Tablety 15 x 100 mg a 30 x 100 mg, sáčky 15 x 100 mg a 30 x 100 mg. **Datum poslední revize textu SPC:** 7.7.2010. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).

Zkrácená informace o přípravku Aulin gel: **S:** Nimesulidum 30 mg v 1 g gelu. **IS:** Nesteroidní antiflogistikum k lokální aplikaci. **I:** Symptomatická léčba bolesti při podvrtnutí nebo u akutní traumatické tendinitidy. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku, alergická reakce na NSAID v anamnéze, aplikace na kůži poraněnou nebo poškozenou lokální infekcí, současné používání s jinými lokálními přípravky, podávání dětem mladším 12 let. **ZU:** AULIN gel by se neměl dostat do kontaktu s očima nebo sliznicemi, neměl by být aplikován pod okluzivní obvazy. Pacienti by měli být varováni před vystavováním ošetřené oblasti přirozenému nebo umělému UV záření pro snížení rizika fotosenzitivity. **NÚ:** Erytém; případné nežádoucí účinky je možné omezit použitím přípravku po co nejkratší dobu. **IT:** Nejsou známy. **TL:** Přípravek by neměl být v průběhu těhotenství ani kojení používán, pokud to není nezbytně nutné. **D:** Dospělí: 3 g (6-7 cm vytlačeného gelu) v tenké vrstvě na postižené místo 2-3x denně, vmasírovat do kompletního vstřebání. Doba léčby je 7-15 dnů. **B:** Gel 50 g. **Datum poslední revize textu SPC:** 28.4.2010. Přípravek není vázán na lékařský předpis a není hrazen zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



Medicom



ANGELINI

Medicom International s.r.o., Páteřní 7, 635 00 Brno, tel. 546 123 111, fax 546 123112, www.medicomint.cz

KARDIOLOGIE

Garant: doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA – čtvrtek / 7. 4. 2011 / 9.10–10.30

Hypertonik v ambulanci praktického lékaře

MUDr. Jan Václavík

Centrum pro diagnostiku a léčbu hypertenze

I. interní klinika FN Olomouc

V interaktivní přednášce jsou shrnuty nejnovější poznatky v diagnostice a léčbě hypertenze a demonstrovány na konkrétních příkladech pacientů. Bude diskutována kontrola hypertenze v české populaci, cílové hodnoty krevního tlaku u hypertoniků ve světle nejnovějších studií, účinnost jednotlivých nefarmakologických postupů a indikace k volbě jednotlivých tříd antihypertenziv. Stručně budou zmíněny nově dostupné preparáty k léčbě arteriální hypertenze, výhody použití fixní kombinace antihypertenziv a také indikace ke specializovaným vyšetřením a nové farmakologické a nefarmakologické postupy v léčbě pacientů s rezistentní hypertenzí.

Léčba fibrilace síní pohledem praktického lékaře

doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc.,

MUDr. Tomáš Skála

I. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Prevalence fibrilace síní narůstá s věkem, od < 0,5 % ve 40–50 letech věku až po 5–15 % u 80letých, celkově tak postihuje 1–2 % populace, muži jsou postiženi častěji než ženy. Fibrilace síní není zdaleka tak benigní arytmie, jak by se mohlo na první pohled zdát. Je jednoznačně spojena s vyšší mortalitou, častějšími hospitalizacemi, nižší kvalitou života. Pacienti s fibrilací síní mají vyšší četnost tromboembolických příhod, zejména cévních mozkových příhod (CMP), které navíc častěji vedou k dlouhodobé invaliditě či k úmrtí.

Fibrilace síní je definována jako síňová arytmie s nepravidelnými RR intervaly, které nevykazují žádný pravidelný vzor opakování. Na povrchovém EKG nejsou rozeznatelné žádné vlny P, s výjimkou svodu V1, ve kterém může být

izolovaně patrna rychlá „hrubovlnná“ elektrická aktivita, interval mezi dvěma P vlnami je pak menší než 200 ms (> 300/min). Nepravidelný pulz vždy musí vést k podezření na fibrilaci síní. K vlastní diagnóze ale nepravidelný pulz nestačí, je nezbytné provedení EKG.

Antikoagulační léčba snižuje oproti léčbě antiagregační relativní riziko vzniku tromboembolických komplikací o cca 39%, bez rozdílu v počtu významných krvácení. Riziko vzniku tromboembolických komplikací se nově hodnotí pomocí CHA2DS2VaSc skóre, dle výsledného skóre se stanovuje typ antitrombotické léčby. V rámci komplexního posouzení pacienta je třeba stanovit riziko krvácení (HAS-BLED skóre). Pacienti s HAS-BLED skóre ≥ 3 jsou ve vyšším riziku krvácení a je u nich vhodné výrazně opatrnější nastavení antikoagulační (a stejně tak i antiagregační) terapie s četnějšími kontrolami. Pacienti s vysokým rizikem krvácení by do budoucna měli profitovat z nových antitrombotických léků (Dabigatran, Rivaroxaban, tč. ještě nejsou pro toto použití registrovány v ČR). Riziko významného krvácení při adekvátní antikoagulační léčbě je zhruba stejné, jako při léčbě antiagregační, zejména pak u starších pacientů. Četnost intrakraniálního krvácení při antikoagulační léčbě narůstá se vzestupem INR > 3,5, zatímco při INR 2–3 je stejná, jako při INR < 2. Naopak pokud je více než 60 % času INR < 2, je přínos antikoagulační léčby zanedbatelný. V praxi se často starším pacientům udržuje nižší hodnota INR (1,8–2,5), což ale nemá oporu v žádné významnější studii. Naopak je známo, že při INR 1,5–2,0 narůstá riziko CMP dvojnásobně, INR < 2 tak není doporučováno.

Katetrizační ablace má u všech typů fibrilace síní lepší efekt na udržení SR, nežli málo účinná antiarytmika. Efekt ablační léčby je nejvyšší u paroxysmální fibrilace síní a u pacientů bez strukturálního srdečního onemocnění. U pacientů s paroxysmální fibrilací síní bez strukturálního srdečního onemocnění tak lze zvolit ablaci jako metodu první volby i bez čekání na efekt antiarytmika. Na druhé straně u pacientů s per-

zistující a dlouhodobě perzistující fibrilací síní je efekt ablační léčby menší (ale stále větší než efekt antiarytmik), je třeba počítat s možností potřeby opakovaných výkonů a invazivnímu zákroku by mělo předcházet vyzkoušení farmakologické léčby.

Fibrilace síní je spojena s vyšší mortalitou, častějšími hospitalizacemi a nižší kvalitou života. Znalost aktuálních léčebných postupů je základem správného klinického managementu pacientů s touto arytmií.

Diagnostika a léčba srdečního selhání praktickým lékařem

MUDr. Marie Lazárová

I. interní klinika FN Olomouc

Chronické srdeční selhání se stává stále závažnější medicínskou, ale i socioekonomickou problematikou, vzhledem k neustále narůstajícímu počtu pacientů s tímto onemocněním.

Stav koresponduje s vývojem kardiologie v posledním období, zejména s významným pokrokem v oblasti intervenční kardiologie.

Vzhledem k výše uvedenému je nutné vytvářet stále se zlepšující koncepci péče o nemocné se srdečním selháním s velkým důrazem na edukaci a vzájemnou spolupráci s pacienty a jejich ošetřujícími lékaři.

Vznikají specializovaná centra pro péči o tyto nemocné, ambulance a jednotky srdečního selhání, zaměřující se na došetření příčiny onemocnění a eventuální možnosti kauzálního řešení. V případech nemožnosti kauzálního řešení je kladen důraz na příznivé ovlivnění prognózy pacientů, a to zejména nastavení optimální farmakologické a nefarmakologické terapie, edukace pacientů, doporučení fyzického tréninku, psychologická podpora pacientů atd. V indikovaných případech taktéž komplexní peritransplantační péče.

Sdělení bude zaměřeno na diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání, aspekty spolupráce praktických lékařů a specializovaných poraden pro léčbu srdečního selhání.

BLOK FIREMNÍCH SYMPOZIÍ

Čtvrtek / 7. 4. 2011 / 11.00–11.45

Symposium Pfizer

Umíme využívat léčebný potenciál kalciových blokátorů?

MUDr. Ivan Řiháček, Ph.D.

II. interní klinika a Masarykova univerzita, Brno

Kardiovaskulární mortalita s 54 000 úmrtími ročně, je stále vedoucí příčinou smrti v České republice (ČR). Vysoce riziková nemocní ve věku okolo 65 roků tvoří 15 % populace a jejich podíl bude narůstat až na 31 % v roce 2050. Se stárnutím populace přibývá kardiovaskulárních onemocnění a zvyšuje se výskyt demence. Studie OPTIMA prováděná u 60letých nemocných v ČR, na Slovensku a v Chorvatsku, potvrdila vysoké kardiovaskulární riziko (KVR) v této věkové kategorii a ukázala, že lékaři toto riziko velmi často podhodnocují oproti oficiálně stanovenému riziku dle doporučení Evropské kardiologické společnosti. Vedle vysokého KVR (71,8 % nemocných v ČR) je vysoké procento nemocných se zvýšenou hladinou lipidů (78 % v ČR) a s špatným přístupem k léčbě (75 % v ČR). Blokátory kalciových kanálů (BKK) jsou skupinou léků, která má v současnosti výsadní postavení v léčbě hypertenze spolu s léky ovlivňující renin-angiotenzinový systém (RAS). Jejich výhodou je metabolická neutralita, výborná účinnost v léčbě hypertenze a přidružených onemocnění. U dihydropyridinů druhé generace i dostatečný 24hodinový účinek. Udrží hodnotu krevního tlaku (TK) po celých 24 hodin, snižují jeho variabilitu a nebezpečný ranní vzestup. Nejdelší biologický poločas má amlodipin (35–50 hodin). BKK můžeme použít jak v monoterapii hypertenze, tak v kombinacích, nejčastěji s léky ovlivňujícími RAS a s betablokátory. Na trhu existují kombinované preparáty (amlodipin + perindopril, amlodipin + losartan, felodipin + ramipril). K dispozici je i kombinovaný preparát k léčbě vysoké hodnoty cholesterolu (amlodipin + atorvastatin). Kombinované léky zlepšují přístup nemocných k léčbě a počet tablet užívaných pacientem. BKK s výhodou používáme v terapii systolické hypertenze a u nemocných s meta-

bolickými chorobami (metabolický syndrom, cukrovka, hyperlipidemie). V kombinacích jsou účinné v léčbě hypertenze u renálních onemocnění (spolu s RAS a diuretiky), u pacientů s ICHS (zejména stabilní a vazospastická forma anginy pectoris, klinická data má zejména amlodipin, spolu s RAS a betablokátory), u nemocných s diastolickým srdečním selháním a hypertrofií levé komory. Lze je použít i u nemocných s plicními nemocemi a s ischemickou chorobou dolních končetin. Konečně jsou vhodné pro léčbu hypertenze u starších nemocných, v primární a sekundární prevenci cévní mozkové příhody (CMP) a demence. Demence je v současné době narůstající problém v rozvinutých zemích. Její riziko roste s věkem a zejména vaskulární formy jsou sdruženy s hypertenzí a CMP. 25–30 % pacientů po CMP trpí poruchou kognitivních funkcí. Léčba hypertenze vede jak k prevenci CMP, tak ke snížení rizika vzniku vaskulární demence (až o 13 %).

Symposium GSK

Alergická rýma v ordinaci praktického lékaře a její léčba intranazálním kortikosteroidem – flutikason furoátem
doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc.

Oddělení alergologie a klinické imunologie FN Olomouc

Alergická rýma patří k nejčastějším onemocněním v našich ordinacích. Dle posledních statistických údajů více jak 60 % veškerého lidstva v sobě nese geny pro alergickou reakci a 25 % se projevuje klinicky alergickým onemocněním. Alergická rýma je nejčastějším projevem alergického onemocnění a v České republice je evidováno kolem 1,5 milionů pacientů s alergickou rýmou.

Léčba alergické rýmy je založena na obecných zásadách léčby alergického onemocnění – pokus o identifikaci a eliminaci příčinného alergenu, léčba alergického zánětu, symptomatická úlevová léčba, edukace pacienta a získání jeho spolupráce k optimálnímu zvládnutí tohoto onemocnění.

Nejúčinnějšími léky, které kontrolují alergický zánět u alergické rýmy jsou topické kortikoste-

roidy. V poslední době se klade velký důraz jednak na optimální účinnost přípravku ve spojení s minimálními nebo žádnými vedlejšími účinky, a proto se vyvíjejí stále nové molekuly kortikosteroidů. Mezi takové molekuly patří flutikason furoát, který má výborný poměr mezi léčebným efektem a nežádoucími účinky.

Flutikason furoát má v kontrolovaných studiích vynikající účinnost (statisticky vysoce významnou $p=0,0001$) na nosní příznaky (sekrece z nosu, obstrukce, svědění, kýčání) i na oční příznaky (zarudnutí spojivek, svědění víček, slzení). Patří mezi topické steroidy s nejnižší systémovou dostupností (pod 0,5 %) a přitom se účinnosti dosahuje s nižší celkovou dávkou kortikosteroidu. Rovněž unikátní aplikační systém zajišťuje přesné dávkování a optimální distribuci aplikované látky v nosní dutině. Po jeho aplikaci nedochází k zatékání látky do nosohltanu. Vedlejší účinky jsou minimální (epistaxe, ulcerace nosní sliznice – pod 1 %) a nevýznamné. Přípravek se podává 1x denně – dětem nad 6 let 1 dávka do každé nosní dírky, dětem nad 12 let a dospělým 1–2 dávky do každé nosní dírky. Nemá preskripční omezení.

Symposium GSK

Technologie Optizorb – Nový standard v léčbě bolesti paracetamolem

Nový přípravek Panadol® Novum s patentovaným dezintegračním systémem Optizorb zajišťuje v žaludku rychlejší rozpad tablety, díky čemuž se léčivá látka paracetamol uvolňuje již za 5 minut. Ve srovnání se standardní paracetamolovou tabletou dochází díky této technologii k minimálně o 25 % rychlejší absorpci. Současně byla u přípravku Panadol® Novum dosažena nižší inter- a intraindividuální variabilita absorpce ve srovnání se standardní tabletou paracetamolu.

Díky rychlejšímu dosažení terapeutické koncentrace paracetamolu v plazmě tak přípravek Panadol® Novum nabízí pacientům rychlejší nástup účinku, a to za cenu, která je srovnatelná se standardní paracetamolovou tabletou.

NEUROLOGIE

Garant: prof. MUDr. Petr Kaňovský, CSc. – čtvrtek / 7. 4. 2011 / 11.45–13.05

Neurologické prejavy diabetes mellitus

prof. MUDr. Egon Kurča, PhD.

Neurologická klinika JLF UK a UN, Martin

Diabetes mellitus (DM) je komplexné metabolické ochorenie s celým radom potenciálnych komplikácií z iných orgánov a systémov. Základnú triádu komplikácií v nie dávnej minulosti tvorili retinopatia, nefropatia a neuropatia. Dnes je už zrejmé, že poškodenie nervového systému je pri DM pravdepodobne najčastejšou orgánovou komplikáciou zo všetkých a že môže nadobúdať rozmanitú podobu.

Neuropatia (poškodenie periférneho nervového systému) sa rozdeľuje na: 1- typickú neuropatia (senzitivno-motorická forma distálna symetrická s maximom postihnutia dolných končatín), 2- bolestivá neuropatia, 3- atypická neuropatia (napr. ataktická neuropatia) a 4- autonómna neuropatia (napr. kardiovaskulárna forma). Poškodenie senzitivných buniek v spinálnych gangliách môže dokonca pri DM spôsobiť aj myelopatiu dominantne zadnopovrazcovú. Pomerne recentné sú informácie o poškodení centrálného nervového systému – diabetickej encefalopatii, ktorá má charakter atrofického procesu pri DM. 1. typu a je spolupodmiernená nedostatkom inzulínu a C-peptidu.

Druhú skupinu možných neurologických manifestácií pri DM predstavujú nasledovné nozologické jednotky: 1- ischemické cievne

mozgové príhody, 2- akútne cerebrálne metabolické stavy (ketoacidotická alebo hyperosmolárna kóma, edém mozgu, hypoglykemická kóma), 3- DM a súbeh vybraných neurodegeneratívnych jednotiek (napr. m. Friedreich), 4- DM a neuroinfekcie a 5- DM a vývojové malformácie centrálného nervového systému.

Kardiologické príčiny ischemického iktu

MUDr. Daniel Šaňák, Ph.D.

Komplexní cerebrovaskulární centrum, Neurologická klinika FN Olomouc

Ischemické cévní mozgové příhody (iCMP) jsou jednou z nejčastějších příčin morbidity a mortality ve vyspělých zemích. Postihují nejen starší populaci, ale i mladší jedince v produktivním věku a představují tak zásadní socioekonomický problém. V posledních několika letech došlo k zásadní změně pohledu na léčbu iCMP, a to díky rozvoji moderní farmakoterapie, diagnostické a intervenční radiologie a výsledkům velkých randomizovaných studií. Základem terapie akutního iktu se stala včasná reperfuční terapie ischemií postižené mozkové tkáně. Stejně důležitá je však také i sekundární prevence představující soubor opatření vedoucích k minimalizaci rizika recidivy iktu, které je nejvyšší v prvních týdnech po prodělané příhodě. Pro správnou preventivní léčbu je klíčové rychlé stanovení správné etiologie

iCMP. Až 45 % všech iktů má kardioemboligenní příčinu zahrnující jednak nejčastější fibrilaci síní včetně paroxysmální formy, tak nitrosrdeční morfologickou patologii. Pro detekci těchto změn je důležité echokardiografické vyšetření srdce. Nedílnou součástí sekundární prevence je pak také správná indikace a management antikoagulační terapie, která má svá specifika u pacientů po prodělaném ischemickém iktu, včetně nejobávanější komplikace této léčby – mozkového krvácení.

Diferenciální diagnóza a léčba demence

MUDr. Pavel Ressler, Ph.D.

Neurologická klinika FN Ostrava, Kognitivní centrum, Ostrava

Demence je syndrom způsobený různými etiologiemi, nejčastěji jde o demenci v rámci Alzheimerovy nemoci, jejich léčba se omezuje jen na symptomatologickou, jen v malém procentu je syndrom demence způsoben onemocněními, která jsme schopni v jejich etiologii léčebně ovlivnit, ale diagnostický proces se zaměřuje zejména na odhalení těchto onemocnění. V přednášce autor přináší přehlednou informaci o diagnostickém algoritmu demencí v souladu s posledními doporučeními EFNS. V části věnované léčbě je podán přehled stávajících farmakologických možností ovlivnění jak kognitivních poruch, tak nekognitivních poruch u demencí.

PNEUMOLOGIE

Garant: prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc. – čtvrtek / 7. 4. 2011 / 15.05–16.25

Tuberkulóza – nové aspekty staré nemoci

prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy LF UP a FN Olomouc

Tuberkulóza (TB) je nemoc mnohem starší než lidstvo samo. V současnosti je po AIDS druhou nejčastější smrtící infekční chorobou a asi třetina lidstva (1,9 miliardy) je infikována. Ve světě dochází k poklesu incidence, prevalence

i mortality, ale protože tuberkulóza vzniká nejvíce v extrémně lidnatých zemích, absolutní počet nových případů neklesá, jak by se dalo předpokládat. Tuberkulóza zůstává sociální chorobou, přes 95 % případů se vyskytuje v zemích s nízkým hrubým domácím produktem. Je opakovaně poukazováno na to, že celková situace je neuspokojivá a problematika tuberkulózy byla zahrnuta do zásadního programu Světové zdravotnické organizace (WHO) pro 21. století. WHO udává, že v roce 2009 onemocnělo 9,4 milionů

obyvatel planety, z toho 3,3 milionů žen a 1,1 milionů u HIV pozitivních. Zemřelo 1,7 milionů lidí, což je o 35 % méně než v r. 1990. Tento pozitivní posun má jistě mnoho souvislostí, ale zdůrazňován je fakt, že během posledních 15 let bylo asi 41 milionů lidí léčeno systémem DOTS s předpokladem, že se tak zachránilo asi 6 milionů lidí, včetně 2 milionů dětí. V r. 2009 byla celosvětová incidence 137/100 000 a pokračuje tak velmi pomalý pokles od r. 2004. Jako každá infekce tuberkulóza mění svou tvář s vývojem

civilizace. V posledních letech byly identifikovány další druhy, které mohou onemocnění vyvolat (*Mycobacterium canettii* a *Mycobacterium pinnipedi*). Tyto mikroorganismy zdaleka neohrožují lidstvo tak zásadně, jako rezistentní formy mykobakterií s varovnými zkratkami (MDR, XDR, XXDR, XXXDR). Odhaduje se, že ze všech případů TB je asi 250 000 až 440 000 vyvolaných MDR kmeny a XDR- TB se vyskytla už v 58 zemích. Na tyto trendy je třeba stále rychleji reagovat přesnější a rychlejší diagnostikou, účinnější léčbou a také účelnějšími metodami dozoru a dohledu. Změnil se i mezinárodní systém hlášení, který si všímá přesnější identifikace případů a kontroly účinnosti léčby. V diagnostice se staly rutinou urychlené kultivace systémem BACTEC, molekulárně genetické techniky a IGRA metody. I nadále je však diferenciální diagnostika klinicky složitá a plně závislá na zkušenosti lékařů. V terapii bylo možno zaznamenat několik nových léků, které však nepřevyšují svými vlastnostmi základních pět antituberkulotik. Při známé toxicitě streptomycinu a nižší účinnosti etambutolu tak zůstává spektrum léků poměrně úzké. Pohled na svět z hlediska používání antituberkulotik se začíná dělit na země s nízkou nebo vysokou incidencí mykobakteriálních kmenů rezistentních vůči těmto lékům. Laboratorní diagnostika mykobakteriálních druhů a kmenů se dostává do popředí zájmu. Stoupá význam vzájemných vztahů mezi TB a HIV pozitivitou. Nemocní s HIV pozitivitou mají padesátkrát větší šanci onemocnět TB a tato nemoc je jedním z hlavních zabíječů u AIDS. V r. 2009 bylo 380 000 úmrtí na TB u HIV pozitivních nemocných. Proto je důležité vyšetřovat HIV status u všech nemocných s TB, což je nyní doporučováno i v České republice. Česká republika patří již delší dobu mezi země s nejnižší incidencí vůbec a incidence téměř trvale klesá asi o 7 % ročně. Přes tato pozitivní konstatování nás nepochybně postihnou změny probíhající v jiných západních státech. Jsou to problémy s přistěhovanci ze zemí s vysokou incidencí, rizika tuberkulózy u bezdomovců a narkomanů, nemoc u HIV pozitivních jedinců nebo nárůst rezistentních kmenů. Tyto hrozby lze minimalizovat, ale nelze jim zcela zabránit, protože při propojenosti současného světa nejsou známy účinné bariéry. Současné epidemiologické trendy vedly k poměrně rychlým, pro mnohé až nečekaným změnám v systému prevence tuberkulózy v souladu s názory všech výše zmíněných mezinárodních i národních institucí. Během dvou let byla zrušena neefektivní revakcinace (vyhláška 65/2009 Sb.) a došlo ke změně celoplošné primovakcinace na selektivní

(vyhláška 299/2010 Sb.). Revakcinace se u nás prováděla téměř jako v poslední zemi v Evropě a s jejím ukončením se muselo počítat. S přechodem k vakcinaci definovaných rizikových skupin se ČR přidala k vyspělým zemím, které mají nižší, ale i vyšší, incidenci tuberkulózy, než je u nás. Kalmetizační síť se zřejmě zúží, ale zatím nejsou signály, že by někde zcela selhala. Tato činnost bude mnohem méně frekventovaná, ale náročnější na mezioborovou spolupráci, kde bude pneumolog vyhledávaným partnerem. Zcela novou dimenzi získá tuberkulinový test. Vyhláška 299/2010, stejně tak jako WHO a jiné instituce, doporučují aplikaci BCG co nejdříve po narození definovaným skupinám skutečně ohrožených dětí. Je třeba mít na mysli, že dobře organizovaný dozor a dohled nad tuberkulózou je sice velmi důležitý, je však pouze doplňkem základní péče. Tou zůstává časná diagnostika a účinná léčba antituberkulotiky, spolu s vyhledáváním kontaktů.

Léčba infekcí dolních dýchacích cest – doporučený postup pro praktické lékaře

MUDr. Monika Žurková¹,

prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.¹,

MUDr. Igor Karen²

**¹ Klinika plicních nemocí a tuberkulózy
FN Olomouc**

**² Praktický lékař pro dospělé,
Benátky nad Jizerou**

Praktičtí lékaři předepisují téměř 70 % perorálně podávaných antibiotik, a je proto žádoucí, aby tato léčba byla racionální a vycházela ze současné epidemiologické situace. Proto byl pro praktické lékaře vypracován doporučený postup, který vychází z konsenzu více odborníků. Týká se používání antibiotik u nejčastějších zánětů dolních dýchacích cest: Tracheobronchitidy a exacerbací chronické bronchitidy nebo chronické obstrukční plicní nemoci. Tracheobronchitida je akutní horečnaté onemocnění s dráždivým kašlem. Klinickými projevy jsou suchý, později produktivní kašel, bolest za sternem tlakového nebo pálivého charakteru. Až 90 % případů je vyvoláno viry. Terapie je většinou symptomatická, antibiotika indikujeme pouze při bakteriálních komplikacích. V těchto případech zahajujeme léčbu amoxicilinem v dávce 3–5 g/den po dobu 7–10 dní. V regionech s vyšším výskytem H. influenzae jsou indikovány aminopeniciliny s inhibitory betalaktamáz -amoxicilin + klavulanová kyselina. Při alergii na penicilin nebo podezření na atypickou etiologii je doporučena terapie

makrolidy: klaritromycin 500–1000 mg a 24 hod, azitromycin 500 mg a 24 hod. Při alternativní terapii lze použít cotrimoxazol 960 mg a 12 hod po dobu 5–10 dní, nebo cefalosporiny II. generace – cefuroxim axetil, cefprozil 250–500 mg a 12 hod po dobu 7–10 dní. Akutní exacerbace chronické bronchitidy a chronické obstrukční plicní nemoci je charakterizována zhoršením kašle, se zvýšenou expektorací a změnou charakteru sputa a nárůstem dušnosti. Celkovými příznaky jsou malátnost, únava, subfebrilie, až febrilie se zimnicí a třesavkou. Základem léčby jsou bronchodilatační, mukolytické a protizánětlivé léky. Antibiotika podáváme, jen pokud jsou přítomny současně všechny tři příznaky exacerbace. Empiricky zahajujeme léčbu amoxicilinem v dávce 3–5 g/den rozděleně a 8 hod po dobu 10–14 dní. V regionech s vyšším výskytem H. influenzae jsou indikovány aminopeniciliny s inhibitory betalaktamáz – tj. amoxicilin + klavulanová kyselina. Při alergii na penicilin jsou doporučeny makrolidy podávané po dobu minimálně 10–14 dnů: klaritromycin 500–1000 mg a 24 hod dle tíže onemocnění nebo 500 mg a 12 hod, azitromycin 1000 mg a 24 hod po dobu 3 dnů, výjimečně spiramycin 3 mil jednotek a 12 hod. Také při podezření na atypické patogeny je indikováno podání makrolidů ve výše uvedeném dávkování. Alternativně lze použít cefalosporiny II. generace: cefuroxim axetil, cefprozil 250–500 mg a 12 hod 5–10 dní dle klinického stavu a nálezu, nebo cotrimoxazol 960 mg a 12 hod po dobu 5–10 dní.

Klinická doporučení diagnostiky a léčby komunitní pneumonie

MUDr. Petr Jakubec¹,

prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.¹,

prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D.²

**¹ Klinika plicních nemocí a tuberkulózy
LF UP a FN Olomouc**

² Ústav mikrobiologie LF UP a FN Olomouc

Pneumonie je akutní zánět v oblasti respiračních bronchiolů, plicních sklípků a přilehlého intersticia. Většinou jde o infekční proces, ale příčina může být i neinfekční (aspirace, inhalace, hypersenzitivita, iatrogenní poškození), pak mluvíme o tzv. pneumonitidách. Klinicky je pneumonie definována jako nález čerstvého infiltrátu na skiagramu hrudníku společně s nejméně dvěma příznaky infekce dolních cest dýchacích (zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolesti na hrudi, poslechový nález). K rizikovým faktorům vzniku pneumonie se řadí abúzus návykových látek, poruchy imunity (včetně imunosupresivní léčby), závažné komorbiditidy a vyšší věk. Ve vyšším věku

bývá také výrazně modifikován klinický nález a průběh pneumonie. Z klinického hlediska je nejdůležitější epidemiologické dělení pneumonie, které vychází z hodnocení prostředí vzniku pneumonie a charakteristik nemocných. Toto schéma umožňuje předpovědět typ vyvolávajícího patogenu a podle toho vybrat vhodné antibiotikum k empirické léčbě pneumonie. Tato klasifikace člení pneumonie na komunitní (CAP), nosokomiální (HAP) s podskupinou pneumonií spojených se zdravotnickou péčí (HCAP) a pneumonie u imunokompromitovaných osob (PIIH). Komunitní pneumonie vznikají v běžném

prostředí, mimo nemocniční prostředí a bez vazby ke zdravotnickým výkonům. Z praktického hlediska se rozděluje podle své závažnosti, která závisí na celkovém stavu nemocného a jeho rizikových faktorech. Takto jsou klasifikovány pneumonie lehké, léčené ambulantně, středně těžké, většinou léčené na standardním oddělení a těžké, které jsou hospitalizovány na jednotce intenzivní péče (JIP) z důvodu ohrožení nebo již selhávání vitálních funkcí. V rámci diagnostiky je nutné vždy udělat maximum pro identifikaci původce pneumonie. Základem terapie pneumonie je antimikrobiální léčba. Antibiotikum

by mělo být podáno co nejdříve od zjištění diagnózy pneumonie. V případě ambulantní léčby do 8 hodin, u hospitalizovaných do 1–4 hodin, v případě nejtěžších, život ohrožujících stavů do 60 minut.

Zásadní otázky v ambulantní praxi:

- 1) Je to pneumonie?
- 2) Jaký typ pneumonie?
- 3) Jak těžká je pneumonie?
- 4) Co může být vyvolávajícím patogenem?
- 5) Jaká provést vyšetření?
- 6) Jaká má být adekvátní péče?
- 7) Jaké antibiotikum zvolit?

AKTUÁLNÍ VÝVOJ V PROBLEMATICE OCHRANY OSOBNOSTI

Garant: JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D. – čtvrtek / 7. 4. 2011 / 16.55–18.15

Ochrana osobnosti při poskytování zdravotní péče

JUDr. Ing. Prudil Lukáš, Ph.D.
Právník, Brno

Přednáška bude zaměřena na problematiku ochrany osobnosti při poskytování zdravotní péče. Součástí bude seznámení s konkrétními případy, které byly projednávány českými soudy, včetně toho, jaké částky jsou za zásah do osobnostních práv

přiznávány. Rovněž tak bude zmíněna problematika souběžného uplatňování nároků na náhradu škody a nároků z titulu ochrany osobnosti. V závěru budou posluchači seznámeni s dopady na pojištění zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků.

PSYCHIATRIE – GERIATRIE

Garant: prof. MUDr. Ján Praško, CSc. – pátek / 8. 4. 2011 / 9.00–10.20

Léčba deprese ve stáří

MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

Klinika psychiatrie LF UP a FN Olomouc

Deprese není atributem běžného stáří. Deprese je choroba, která zatěžuje nejen nemocné, ale i jejich blízké a rodiny. Vede k narušení běžných životních funkcí člověka, často v jejím důsledku dochází ke zhoršení stávajících tělesných onemocnění, nebo k jejich exacerbaci. Prevalence depresivní fáze je v populaci nad 65 let 1,4 % u žen a 0,4 % u mužů. Tento nálezný je nižší, než je tomu u mladší populace. Je třeba připomenout, že k tomuto výsledku se dostaneme hovoříme-li o plně vyjádřené depresi, která splňuje kritéria pro diagnostiku depresivní fáze. Zahrneme-li do sledování výskyt všech depresivních symptomů u seniorů, pak se dostáváme k číslu vyššímu, a to nejméně 10 %. Při aktivním cíleném vyhledávání lze zjistit, že dokonce 15–25 % populace vyššího věku má některé z depresivních příznaků. Tito lidé nesplňují kritéria pro diagnózu depresivní poruchy (depresivní fáze), ale uvedené symptomy přesto vedou ke zjevnému narušení plnění jejich běžných životních rolí. Depresivní příznaky tu mohou být součástí některých dalších psychických nemocí, například dystymie nebo úzkostné depresivních poruch.

Komorbidita sebou přináší i nezbytnou další medikaci, která může navozovat biochemické změny podobné depresi. U většiny starších pacientů bývá deprese neúplně vyjádřená – subsyndromální, pacienti si nejčastěji stěžují na poruchu spánku a anxiety. S věkem roste i počet pacientů jejichž depresivní stavy spadají do kategorie jiných duševních poruch vznikajících následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku nebo následkem somatického onemocnění. Přinejmenším 75 % lidí nad 65 let trpí alespoň jednou tělesnou chorobou, ¾ z nich dvěma a více. Proto, vyskytne-li se v tomto věku deprese, musíme ve většině případů počítat také s výraznou komorbiditou. Komorbidita sebou přináší i nezbytnou další medikaci. Jde o léky, které jsou podávány internistou nebo jiným specialistou. Svým mechanismem účinku mohou mít tato farmaka vliv na metabolismus některých mediátorů CNS, zvláště noradrenalinu a dopaminu, nebo ovlivňují přímo receptory. V některých přípa-

dech navozují biochemické změny, které jsou podobné těm, jež vidáme u deprese. Tak jako u jiných depresí je léčbou první volby podávání antidepresiv ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu. Je potřeba však mít na paměti jejich možnou interferenci s antikoagulační léčbou. Z dalších skupin antidepresiv se používají tzv. duální antidepresiva. Z klinické zkušenosti víme, že užitečné může být podání malých dávek antipsychotik. Závěry o účinnosti psychoterapeutických přístupů nejsou jednoznačné.

Deliria ve vyšším věku a jejich léčba

MUDr. Barbora Mainerová

Klinika psychiatrie FN Olomouc

Delirium je neuropsychická porucha charakterizovaná akutní změnou psychického stavu ve smyslu zmatenosti, nesoustředěnosti, dezorganizace myšlení, poruch vnímání, alterace vědomí, jež kolísají v čase. Prevalence u seniorů je 1–2 % v ambulantní péči a až 30 % u hospitalizovaných. Patří k nejčastějším důvodům psychiatrických konzilií u seniorů. Výskyt stoupá s věkem pacienta, tíží aktuálního somatického postižení a komorbidit, polypragmazií, malnutricí. Delirium často nebývá rozpoznáno a následně i adekvátně léčeno, přestože jde o významný prognosticky nepříznivý faktor zvyšující mortalitu, morbiditu a potřebu následné péče. U seniorů mohou příznaky přetrvávat týdny až měsíce, někdy s trvalou kognitivní poruchou. V diagnostice využíváme kromě pečlivé monitorace psychického stavu také jednoduchých hodnotících škál. V léčbě kromě maximální stabilizace somatického stavu nefarmakologická (např. úprava prostředí, polypragmaziie) a farmakologická opatření v podobě antipsychotik jako je haloperidol, melperon, tiaprid a atypických antipsychotik, všechna v 1/2 až 1/3 redukovaných dávkách.

Jak může praktický lékař ovlivnit závislost pacientů na benzodiazepinech

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,

MUDr. Klára Látalová, Ph.D.,

MUDr. Anežka Ticháčková

Klinika psychiatrie, LF UP a FN Olomouc

Benzodiazepiny byly pokládány za léky první volby úzkostných poruch od 70. let minulého století. V 80. letech, kdy probíhala řada multicentrických studií, ukazujících na velmi dobrý krátkodobý efekt vysoce potentních benzodiazepinů u panické poruchy, generalizované úzkostné poruchy a sociální fobie. Přes počáteční přesvědčení o tom, že vysoce potentní benzodiazepiny (alprazolam, clonazepam) jsou účinnější než ostatní, zdá se dnes, že všechny benzodiazepiny, např. diazepam a lorazepam, jsou podobně účinné, pokud jsou podány v ekvivalentní dávce. Akutní exacerbace úzkostných příznaků u chronických úzkostných pacientů nejlépe reaguje na podání anxiolytické medikace, zejména na benzodiazepiny. Protože krátkodobá léčba zpravidla nevede k plné remisi (dosáhne ji v tříměsíčním období méně než 50 % léčených), je nutno většinu pacientů léčit lety, pro což nejsou benzodiazepiny úplně vhodné pro řadu dalších nežádoucích účinků, jako je ospalost, zhoršení kognitivních funkcí, prodloužení reakčních časů, dlouhodobé narušení architektury spánku. Proto v posledních 15 letech se v léčbě úzkostných poruch prosazují hlavně moderní antidepresiva.

Největším problémem je riziko vzniku závislosti při dlouhodobém podávání benzodiazepinů. Dalším je vysazování benzodiazepinů v době ukončení léčby; u řady pacientů se objevily příznaky z vysazení a zpětná úzkost. Proto je doporučováno velmi opatrné pozvolné snižování dávek. Ukázalo se také, že kognitivně behaviorální terapie může pacientům pomoci toto období překonat.

Benzodiazepiny jsou tedy léky volby při akutním rozvoji úzkosti a jsou určeny pro krátkodobé podávání, optimálně by se měly vysadit do 6–8 týdnů.

U všech benzodiazepinů hrozí při náhlém vysazení *abstinenční syndrom*. Proto při vysazování je potřebné dávku postupně snižovat. Redukce dávky vyšší než o 25 % za týden je pro mnohé pacienty příliš rychlá. Vhodná se jeví léčba plnou dávkou po dobu 6–8 týdnů s následným obdobím 3–4 týdnů postupné redukce dávky až postupného vysazení. V praxi však nezřídka trvá podávání plné dávky půlroky i déle. V případě chronického podávání benzodiazepinu je potřebné zkusit dávku redukovat až vysadit

každých 6 měsíců. V takovém případě pozvolné vysazování léků může trvat několik měsíců.

Obvyklou klinickou kombinací u úzkostných poruch je podávání benzodiazepinů s antidepresivy. Benzodiazepiny pomáhají snížit aktuální úzkost a blokovat záchvaty úzkosti zejména na počátku léčby. Po 3–6 týdnech se objeví plný účinek antidepresiva a je možné postupně krok po kroku benzodiazepiny vysazovat. Teoreticky to vypadá snadno, v praxi však vysazování často nefunguje a pacient dlouhodobě užívá kombinaci. Proto je vhodné se ke kombinaci uchýlit raději při farmakorezistenci nebo u obzvláště těžkých forem úzkostných poruch.

Stručný souhrn doporučení:

- vždy začít podpůrnou psychoterapií, na kterou reaguje většina úzkostných stavů
- zvážit nejdříve nebenzodiazepinové anxiolytikum, jako je buspiron

- pacienta vždy poučit o riziku závislosti a dalších nežádoucích účincích benzodiazepinů, včetně rizika kombinace s alkoholem a jinými tlumivými látkami
- benzodiazepiny možno podat:
 - u akutních úzkostných stavů (adaptační poruchy, akutní stresová reakce, antipacitní úzkost), které se nepodařilo zklidnit psychoterapií nebo je riziko z prodlení (suicidalita);
 - při akutní náhlé exacerbaci masivní úzkosti u všech psychických poruch kromě závislosti – podávat přechodně pro zklidnění;
 - krátkodobě u syndromu z vysazení alkoholu či deliria tremens (vhodnější je však clomethiazol);
 - při zahájení léčby těžkých úzkostných poruch a afektivních poruch – společně s antidepresivy, během 6ti týdnů však postupně vysadit.

- benzodiazepiny nepodávat:
 - u pacientů se závislostí na návykových látkách, pokud není výrazný syndrom z vysazení a neohroží rozvoj deliria tremens;
 - vždy zvážit dlouhodobé podávání u lehkých a středně těžkých úzkostných poruch a depresí, vhodnější je raději nenasazovat;
 - pokud je pacient v systematické psychoterapii – tlumení úzkosti vede k tomu, že z psychoterapie významně méně profituje, nenaučí se ji zvládat;
 - nedoporučovat pacientovi s úzkostnou poruchou, ať si vezme anxiolytikum „podle potřeby“, protože většinou to znamená postupně narůstající potřebu.
- při vysazování benzodiazepinů vždy postupovat pozvolna, pacienta upozornit, že příznaky z vysazení jsou přechodné

Grant IGA MZČR NS 10301-3/2009

GYNEKOLOGIE

Garant: doc. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D. – pátek / 8. 4. 2011 / 10.50–12.30

Robotická chirurgie v gynekologii

MUDr. Petr Dzvinčuk, Ph.D.,

doc. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.

Porodnicko-gynekologická klinika,

FN a LF UP Olomouc

Jsou období, kdy nová metoda nebo technologie zcela změní určitou oblast a způsob řešení klinické problematiky. Například nástup volné pásky radikálním způsobem celosvětově změnil chirurgickou léčbu stresové inkontinence moči. Podobně zavedení *in vitro* fertilizace v roce 1978 navždy změnilo léčbu sterility a umožnilo tisícům neplodným párům mít dítě.

Technický pokrok přinesl jednoznačný kvalitativní posun v oblasti laparoskopie – silnější světelné zdroje, zdokonalené instrumentarium nebo elektrochirurgické příslušenství. Rozvoj laparoskopie v oblasti minimálně invazivní gynekologické chirurgie významně ovlivnil přístup k řadě patologií a změnil zaužívané tradiční postupy. Navzdory technologickému pokroku a přínosu laparoskopie u hysterektomie převládá u dalších patologií, jako je pokročilá endometrióza, myomektomie, sakrokolpopexie nebo lymfadenektomie, přístup z laparotomie.

Významnou překážku v dalším rozšiřování minimálně invazivních technik do oblasti

gynekologické chirurgie představuje náročná „learning curve“ pro chirurgy a delší operační časy spojené s těmito pokročilými výkony. Další limitace pro standardní laparoskopii představuje zrcadlový pohyb nástrojů, dvourozměrná vizualizace a omezená pohyblivost nástrojů v těle, stejně jako ergonomické obtíže a zvýrazněný třes rukou chirurga. Není dosud zcela jasné, jestli obtíže při dokonalém osvojování si laparoskopických technik u rezidentů, a předávání takto nabytých zkušeností expertními laparoskopisty dalším chirurgům, pramení z malého počtu odoperovaných případů a/nebo zda má laparoskopie v sobě zakódována určitá omezení, která vedou gynekology k tomu, že si v konečném důsledku vybírají jiné operační přístupy.

Právě pro překonání uvedených překážek byla v posledních letech do instrumentaria gynekologické chirurgie inkorporována robotická chirurgie. Ta v sobě díky schopnosti koncových částí nástrojů napodobovat pohyby lidské ruky, kombinované s třírozměrným pohledem na operační pole nese potenciál k transformaci laparoskopie. S postupným růstem a zdokonalováním této technologie se možná v budoucnu dočkáme mnohem přesnějších a dokonce méně invazivnějších chirurgických možností překonávajících laparoskopii a současné formy robotické chirurgie.

Problematika stresové močové inkontinence u žen a její léčba

MUDr. Radim Marek

Porodnicko-gynekologická klinika

FN Olomouc

Přehledná a retrospektivní studie pojednává o poznatcích a problematice stresové inkontinence. Prezentace souboru pacientek s diagnózou stresové inkontinence léčených na Porodnicko-gynekologické klinice FN Olomouc metodou minimálně invazivního přístupu suburetrálně zavedené tahuprosté pásky. Vyhodnocení bezpečnosti chirurgické léčby, peroperačních a časných pooperačních komplikací.

Sumarizace literárních údajů a dosavadních poznatků o stresové inkontinenci, diagnostice a aktuálních možnostech léčby. Retrospektivní vyhodnocení souboru 174 pacientek odoperovaných v období od ledna 2005 do června 2006 na por. gyn. klinice FNOL metodou minimálně invazivního zavedení suburetrální pásky.

Z peroperačních komplikací byla zaznamenána pouze u jediného případu významnější krevní ztráta nad 150 ml a v jednom případě transvaginální průchod pásky. V časném pooperačním období se nevyskytly komplikace ve významném zastoupení, jenž by se odchylovaly od literárně uváděných dat.

Problematika neplodného páru v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Lucie Michnová¹,

MUDr. Taťána Rumpíková²,

MUDr. Oto Košta, Ph.D.³,

doc. MUDr. Jiří Dostál, Ph.D.¹

¹ Porodnicko-gynekologická klinika, FN a LF UP Olomouc

² Klinika reprodukční medicíny a gynekologie Zlín

³ Ordinance všeobecného praktického lékaře pro dospělé, Olomouc

Sterilita (neplodnost) je stav, kdy žena není schopna otěhotnět, a to podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) po 1 roce pravidelných nechráněných pohlavních styků.

V průmyslově rozvinutých zemích je přibližně 15 % párů, které trpí poruchou plodnosti. Tyto páry se obracejí na specializovaná pracoviště reprodukční medicíny, která provádějí diagnostiku a léčbu neplodnosti. Přednáška podává stručný

přehled diagnostických a terapeutických metod asistované reprodukce a uvádí dosahy problému neplodnosti páru do oboru praktického lékařství.

Pracoviště asistované reprodukce ve spolupráci s praktickým lékařem minimálně posuzuje zdravotní způsobilost k léčbě neplodnosti a těhotenství, reprodukční medicína navíc rozsahem svých vyšetřovacích metod může praktickému lékaři poskytnout nové informace, které mají dopad na zdravotní stav společných pacientů.

Infekce dolních močových cest u žen – možnosti diferencovaného přístupu léčby a prevence

MUDr. Jiří Kladenský

Urologická ambulance, Dům zdraví, Brno

Infekce močových cest (IMC), jsou jedním z nejpálčivějších zdravotních problémů, které ženy v produktivním věku přivádějí do ordinace lékaře (ať už se jedná o praktického lékaře, urologa

či gynekologa). Nejčastějším projevem IMC u žen je **akutní nekomplikovaná cystitida**, jejíž diagnostika a léčba zpravidla nečiní žádné potíže. Při výběru vhodného antimikrobiálního preparátu je vhodné brát v potaz jeho farmakokinetiku, předpokládané spektrum účinnosti a vliv na vaginální flóru. Preferována je krátkodobá tři až pěti denní terapie. U žen s **recidivujícími cystitidami** je kromě nezbytnosti provedení komplexního urologického vyšetření k vyloučení funkční či anatomické abnormality také nutné provést kultivační vyšetření moče a cílené přeléčení dle citlivosti. V prezentaci jsou uvedeny diferencované možnosti léčby a prevence recidivujících infekcí, a to jak antimikrobiálními preparáty, tak režimovými opatřeními a přípravky, které nepatří do skupiny antimikrobiálních preparátů, avšak jejich podání ve správné indikaci může těmto ženám přinášet dlouhodobou úlevu. V článku je dále zmíněna problematika **komplikované infekce** u žen a problematika **asymptomatické bakteriurie** u starších žen.

Symposium – Ewopharma

Pátek / 8. 4. 2011 / 14.00–14.15

Ewofex: nové antihistaminikum v rukou praktického lékaře

První pomoc

při anafylaktické reakci

MUDr. Pavel Macháček

Ordinance alergologie a klinické imunologie
Nový Jičín, USZS MS kraje Nový Jičín

Množství obyvatel s alergickými nemocemi v naší populaci roste a s tím rostou požadavky pacientů i lékařů na jejich účinnou a bezpečnou léčbu s minimem nežádoucích účinků. Až na některé výjimky jsou dnes antihistaminika 2. generace lékem volby u všech alergických onemocnění, především u alergické rýmy, zánětu spojivek a kopřivky. Fexofenadin je zejména na

severoamerickém kontinentě již dlouho oblíbeným antihistaminikem s některými ceněnými vlastnostmi pro praxi, které ho zařazují mezi moderní antihistaminika. Má efekt na alergickou rýmu a nosní kongesci i svědění kůže a kopřivku. Nejvíce ceněnou vlastností fexofenadinu je rychlý a dlouhodobý účinek, často 24hodinový, a praktická absence jakékoliv sedace, čímž vyniká nad ostatními antihistaminiky 2. generace v praxi. U chronické kopřivky nereagující na běžné dávky je ceněna možnost zvýšení dávek na více než 1 tabletu denně s výborným bezpečnostním profilem.

První pomoc při anafylaktické reakci zachraňuje život. Od laiků (pacientů) i lékařů vyžaduje tato rychle probíhající život ohrožující reakce specifické nároky na první pomoc. Zachraňujícím

lékem je adrenalin. Pacienti, u nichž je vysoké riziko této reakce, jsou po vyšetření u alergologa – klinického imunologa vybaveni pohotovostním balíčkem, jehož hlavní součástí je autoinjektor. Anapen je autoinjektor s předplněným adrenalinem pro intramuskulární použití laikiem. Pacient je instruován k jeho použití a musí ho mít vždy u sebe. Lékařská první pomoc v sobě zahrnuje rychle po sobě následující, často se časově překrývající kroky, od vyšetření a zajištění pacienta přes léčbu až po zajištění transportu pacienta na lůžkové zařízení k observaci pro riziko bifázické reakce. Nezbytné léky v rukou lékaře jsou adrenalin, preferenčně podaný do svalu, a infuzní roztoky, v dostatečném množství. Glukokortikoidy a antihistaminika jsou indikovány při léčbě anafylaxe až na druhém místě.

OFTALMOLOGIE

Garant: prof. MUDr. Eva Vlková, CSc. – pátek / 8. 4. 2011 / 14.15–15.35

Věkem podmíněná makulární degenerace

MUDr. Petr Kolář, Ph.D.

Oční klinika LF MU a FN Brno

Věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD) představuje nejčastější příčinu těžké ztráty zraku ve vyspělých zemích v populaci nad 65 let věku, jeho prevalence roste s věkem.

Základní vyšetřovací metodou je biomikroskopické vyšetření sítnice v makulární oblasti v arteficiální mydriáze. Další vyšetření pomocí Amslerovy mřížky slouží ke zjištění metamorfosií, které jsou způsobeny makulární patologií při změně polohy fotoreceptorů vůči čočce. Nezastupitelnou metodou v diagnostice a terapii VPMD je fluorescenční angiografie (FA). Ta dokáže odhalit, zda má neovaskulární komplex charakter klasické CNV, či okulní CNV. Indocyaninová angiografie má tu výhodu oproti FA, že dokáže zobrazit cévní řečiště chorioidey, a tím odhalit případnou patologii. Další metodou je optická koherenční tomografie (OCT).

VPMD se rozděluje na suchou a vlhkou. Suchá forma VPMD je charakteristická výskytem drúz, změnami ve vrstvě pigmentového epitelu sítnice (PE) a v konečném stadiu onemocnění geografickou atrofií. Vlhká forma VPMD je potě charakterizována subretinální chorioideální neovaskulární membránou (CNV). Terminální stadium vlhké formy VPMD představuje disciformní jizva.

VPMD je onemocnění, které je způsobeno kombinací vlivů zevního prostředí a predisponujících genů. Dalším rizikovým faktorem VPMD je příslušnost k bílé rase, podle studií byl zjištěn nižší výskyt VPMD u černé rasy. Očními rizikovými faktory jsou světlá barva iris, hypermetropie, nukleární katarakta a operace katarakty. Rizikovým faktorem je i příslušnost k ženskému pohlaví. Uvažuje se o snížení protektivního účinku estrogenů v menopauze. Naopak byl prokázán pozitivní efekt hormonální substituční terapie ve smyslu snížení rizika vzniku a rozvoje VPMD.

K cévním rizikovým faktorům, které vedou ke zvýšení rizika vzniku a progresu VPMD patří hypertenze, ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus a porucha v metabolismu lipidů. Taktéž vlivy zevního prostředí jako kouření cigaret a nadměrná expozice světlu vedou ke zvýšení rizika VPMD.

Základními 2 léčebnými postupy jsou intra-vitreální aplikace protilátek proti VEGF a fotodynamické terapie s preparátem Visudyne.

Suché oko

doc. MUDr. Šárka Pitrová, CSc.

Privátní oční klinika JL, Praha

Cílem sdělení je poukázat na jedno z nejčastějších očních onemocnění, kterým trpí každý dvacátý pacient přicházející do ordinace očního lékaře. Nemocný však může upozornit na obtíže související se suchým okem i praktického lékaře. Přestože se nejedná o odborný název, je v dnešní době širokou veřejností pojem „suché oko“ akceptován. Může mít čtyři různé významy podle toho, zda je použit jako symptom, znak, syndrom nebo onemocnění. *Symptom* označuje pocit suchosti a *znak* označuje objektivní pokles tvorby slz. V případě *syndromu* se jedná o spojení souvisejících projevů v důsledku oční suchosti (pocit cizího tělíska v oku, fotofobie, zarudnutí, blefarospasmus), i když etiologické příčiny mohou být jiné. *Onemocnění* označuje všechny četné etiologické a nozologické klinické obrazy (menopauza, nedostatek vitamínu A, léčiva atd.), jejichž důležitým projevem je právě syndrom suchého oka spolu s dalšími konkrétními projevy příslušné etiologie.

Klinický obraz je složitý, neboť se na jeho vzniku podílejí nejen některé patologické stavy oka, ale i celá řada dalších faktorů souvisejících s celkovým zdravotním stavem pacienta, jeho povoláním, genetickou dispozicí a prostředím, ve kterém se pohybuje (ekologické faktory). Podle nejnovější definice je syndrom suchého oka charakterizován očními symptomy a změnou očního povrchu, které jsou vyvolány nestabilitou slzného filmu nebo jeho hyperosmolaritou. Mezi nejčastější subjektivní příznaky suchého oka patří svědění, pálení, pocit cizího tělíska, fotofobie, bolest při vkapávání indiferentních očních kapek, špatná snášenlivost pobytu na větru, v zakouřené nebo klimatizované místnosti, únava a kolísání vidění, zvýšené slzení. Objektivní příznaky zjišťujeme při vyšetření na šterbinové lampě a běžnými klinickými testy: Schirmerův, break-up-time, vitální barvení bengálskou červenou a fluoresceinem, kapradinový test či specifickými testy (stanovení obsahu lactoferinu, neinvazivní break-up-time atd.).

Léčba musí být komplexní, vždy je nutné nejprve stabilizovat lokální i celková onemocnění na jehož podkladě suché oko vzniká. Vytvoření stejnoměrné stabilní vrstvy slzného filmu na povrchu oka brání vysychání a dráždění docílíme použitím přípravky umělých slz. Chirurgická léčba spočívá v aplikaci různých typů zátek dočasně či trvale uzavírajících slzné body. Nedílnou součástí léčby je řada podpůrných postupů: hygiena očních víček, psychosomatická léčba, akupunktura, úprava vnějších podmínek atd.

Diabetes a oko

MUDr. Radka Švancarová

Oční oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

Mezi nejčastější oční komplikace diabetu mellitu (DM) patří kolísání zrakové ostrosti v důsledku změn osmotických poměrů v oční čočce, častější a dřívější výskyt katarakty, postižení hlavových nervů a s ním spojené poruchy oko-hybných svalů a diplopie a především rozvoj diabetické retinopatie (DR).

V důsledku dlouhodobé hyperglykémie dochází v sítnici k poruchám mikrocirkulace a změnám na úrovni pericytů, buněk endotelu a bazální membrány. Pozorujeme známky kapilární hyperpermeability, kapilární dilatace a vaskulární okluze. Pod pojem diabetická retinopatie zahrnujeme tři formy onemocnění – neproliferativní diabetickou retinopatii (NPDR), proliferativní diabetickou retinopatii (PDR) a diabetický makulární edém (DME). Prvou známkou DR jsou mikroaneuryzmata (MA), jejichž rupturou vznikají mikrohemoragie (MH) a větší intraretinální hemoragie (HM). V důsledku inkompetence cévní stěny dochází k prosakování séra a vzniku exsudátů, sítnice je ohrožena rozvojem edému, který pokud postihne makulární krajinu, vede obvykle ke snížení zrakové ostrosti. Nejzávažnější formou DR je tzv. proliferativní diabetická retinopatie (PDR). Je charakterizována vznikem neovaskularizací a ve své pokročilé formě může vést až k úplné slepotě. Významnou komplikací, která na slepotu může navázat, je dolorózní forma glaukomu, jenž bývá i v dnešní době jen velmi obtížně zvládnutelný a může končit enukleací bulbu.

Problémem diabetické retinopatie bývá především její včasná diagnostika. Je proto důležité, aby byl nemocný pravidelně vyšetřen oftalmologem a aby vyšetření bylo provedeno vždy v arteficiální mydriáze, nejlépe biomikroskopicky. Diabetolog by měl doporučit nemocného diabetem k oftalmologickému vyšetření vždy při záchytu onemocnění a pak minimálně 1x za rok.

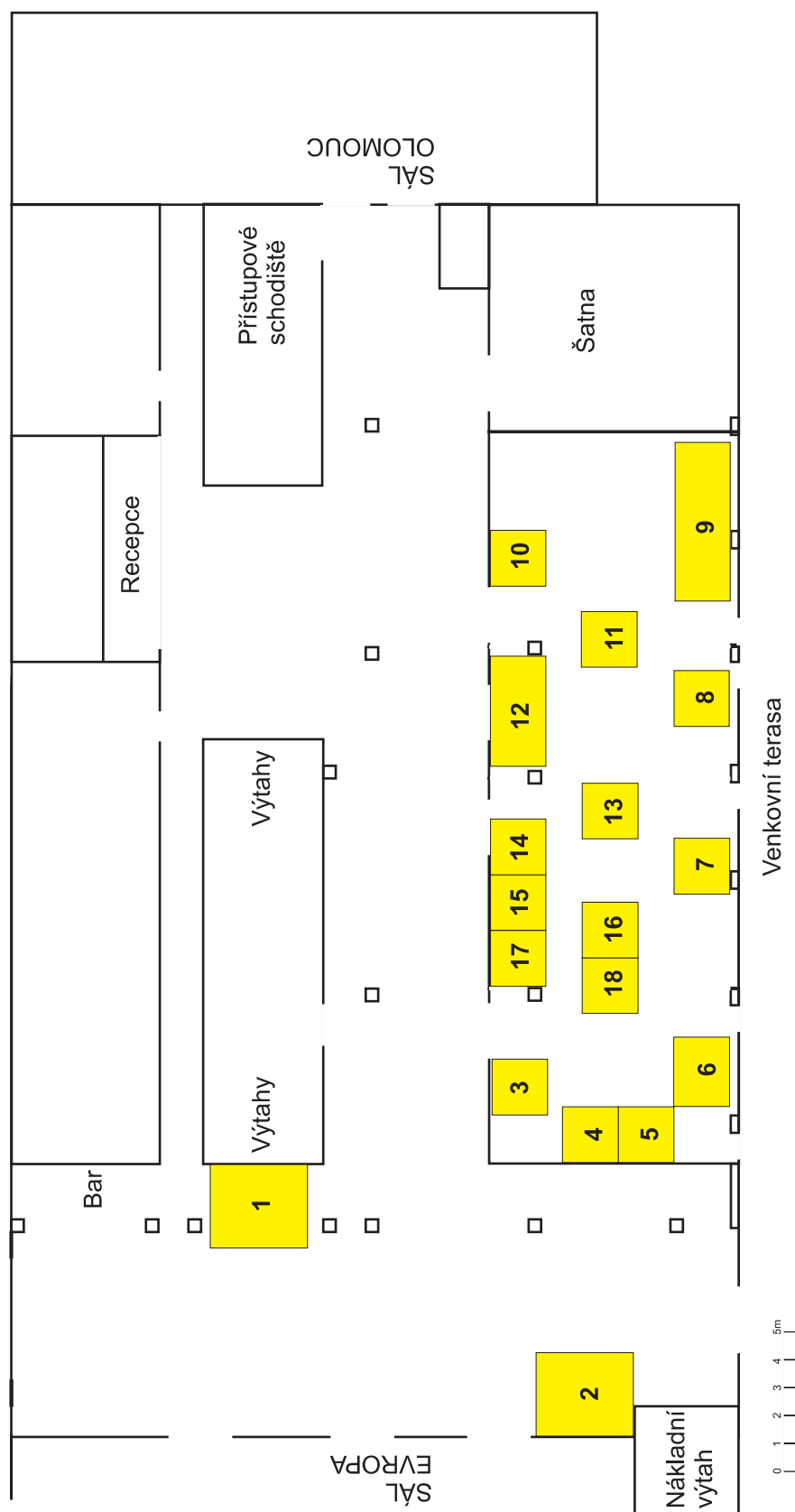
Oftalmolog pak odpovídá za včasný záchyt DR, indikaci pravidelných kontrol a zajištění specializované oftalmologické léčby. Aktivní screening provádí oftalmolog u dětí od 10 let, u DM 1. a 2. typu bezprostředně po stanovení diagnózy DM. Četnost kontrol u diabetiků s DR je častější (po 3 až 6 měsících) a závisí především na stupni DR. Častější kontroly jsou nutné také během

těhotenství a při předpokládaném zlepšení kompenzace diabetu, dále pak i při překlasifikování DM a zahájení dialýzy.

Komplexní léčebně preventivní postupy, které zahrnují intervenci rizikových faktorů (hyperglykemie, hypertenze), aktivní screening DR a specializovanou oftalmologickou léčbu, redukuje riziko úplné ztráty zraku o více než 90 %.

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook or legal stationery. There are no margins, text, or other markings present on the page.

MEDICÍNA PRO PRAXI – IX. kongres praktických lékařů a sester NH Olomouc Congress, 7.–8. 4. 2011



VÝSTAVNÍ PROSTORY

- | | | | |
|---|-------------------------------|----|-----------------------------------|
| 1 | Pfizer, spol. s r.o. | 10 | MEDIAL spol. s r.o. |
| 2 | Nycomed s.r.o. | 11 | Lincare CZ s.r.o. |
| 3 | Generica Bohemia spol. s r.o. | 12 | Medicom International s.r.o. |
| 4 | EXBIO Olomouc s.r.o. | 13 | MAXDORF s.r.o. |
| 5 | SERVIER s.r.o. | 14 | QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o. |
| 6 | KIMBERLY-CLARK EUROPE LIMITED | 15 | Torrex Chiesi CZ s.r.o. |
| 7 | Zentiva, k.s. | 16 | FERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o. |
| 8 | GlaxoSmithKline, s.r.o. | 17 | BIOVIT IMPEX CO.ČR, s.r.o. |
| 9 | HARTMANN-RICO a.s. | 18 | MEDPLUS s.r.o. |

POŘADATELÉ

- II. interní klinika FN
u sv. Anny Brno
- Spolek lékařů ČLS JEP
Olomouc

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

MEDICÍNA PRO PRAXI

IX. kongres praktických lékařů a sester

7.–8. dubna 2011, Olomouc

HLAVNÍ PARTNEŘI



Pracujeme společně pro zdravější svět™

PARTNEŘI

BIOVIT IMPEX CO.ČR, s.r.o.

Ewopharma s.r.o.

EXBIO Olomouc s.r.o.

FERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o.

Generica Bohemia spol. s r.o.

GlaxoSmithKline, s.r.o.

HARTMANN-RICO a.s.

IVT Imuno s.r.o.

KIMBERLY-CLARK EUROPE LIMITED,
organizační složka

Lindcare CZ s.r.o.

MEDIAL spol. s r.o.

Medicom International s.r.o.

MEDONET Pharma s.r.o.

Medplus s.r.o.

PM PHARMA s.r.o.

QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.

SERVIER s.r.o.

Torrex Chiesi CZ s.r.o.

Zentiva, k.s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

A woman with blonde hair is climbing a steep, reddish-brown rock face. She is wearing a pink and grey tank top, black shorts, and a climbing harness. She is using a rope and a climbing device to ascend. The background is a clear blue sky. The text 'CON' and 'TI' are visible in the top right corner.



Controloc® 40 mg
Pantoprazolium natrium sesquihydricum
 28 enteric-coated tablets in gastro-resistant packaging



Controloc® 20 mg
Pantoprazolum natricum sesquihydricum
14 entericobalenciati tablettae in pericapsulae pelliculae

Prevence gastroduodenálních vředů
spojených s užíváním NSAID,
u pacientů, kteří pokračují
v léčbě NSAID

CO-11-06